**Załącznik Nr 2**

**oświadczenie o braku przeciwwskazań lekarskich
do udziału w praktyce / stażu zagranicznym**

**realizowanym w ramach programu erasmus+**

|  |
| --- |
| **numer wniosku budżetowego** |
| **2023-1-PL01-KA122-VET-000127784** |

* Oświadczam, iż **nie istnieją medyczne przeszkody** uniemożliwiające udział mojego syna/córki w 2-tygodniowym, zagranicznym stażu/praktyce zawodowej realizowanej
w ramach programu Erasmus+ w Hiszpanii (*Malaga*) w dniach od 10.02.2024 r.
do 24.02.2024 r. lub Portugalii (Setubal) w dniach od 2.03.2024 r. do 16.03.2024 r.
* Oświadczam, iż syn/córka nie ma medycznych przeciwwskazań do podróżowania samolotem.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna*

Choroby przewlekłe ucznia:

*
*

Lekarstwa, które uczeń regularnie zażywa:

*
*

Informacja o uczulaniach i/lub alergiach oraz preferencjach żywieniowych (celem ewentualnego indywidualnego dostosowania wyżywiania):

*
*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna*